

General

- | | | |
|--|----|----|
| 1. Haga una lista de las inquietudes que desea discutir hoy: | | |
| 2. ¿Pasa el niño más de 2 horas 'de pantalla' al día (teléfono, tableta, la TV — aparte de tiempo para tareas escolares)? | No | Sí |
| 3. ¿Limita el acceso de su niño a las pantallas (teléfono, tableta, la TV) en su cuarto? | Sí | No |
| 4. ¿Juega el niño activamente al menos una hora cada día? (Por ejemplo, correr con amigos, esconder y buscar, manejar bicicleta) | Sí | No |
| 5. ¿Está su hijo durmiendo 9-11 horas por noche? | Sí | No |
| 6. ¿Padece el niño de problemas nerviosismo, ansiedad, cambios de ánimo, tristeza ó enojado? | No | Sí |

Nutrición

- | | | |
|--|----|----|
| 7. ¿Come el niño 5 o más porciones de frutas y verduras al día? | Sí | No |
| 8. ¿Come el niño comida chatarra más de 2-3 veces por semana? (Ejemplos: dulces, papitas, galletas, cereal dulce, comida de la calle.) | No | Sí |
| 9. ¿Toma el niño jugo, soda u otras bebidas azucaradas más de 1-2 veces por semana? | No | Sí |
| 10. ¿Le preocupa el peso corporal del niño? | No | Sí |
| 11. ¿Tiene el niño padres que hayan sufrido un derrame o ataque de corazón antes de haber cumplido 55 años de edad? | No | Sí |
| 12. ¿Tiene el niño padre o madre o hermano con alto nivel de colesterol o que esté tomando medicamentos para el colesterol? | No | Sí |

Higiene bucal

- | | | |
|--|----|----|
| 13. ¿Su hijo va al dentista al menos dos veces al año? | Sí | No |
|--|----|----|

Escuela

- | | | |
|---|----|----|
| 14. ¿En qué grado? | | |
| 15. ¿En qué escuela? | | |
| 16. ¿Está teniendo el niño problemas con su progreso en la escuela o para concentrarse durante las actividades escolares? | No | Sí |

17. ¿Está teniendo el niño problemas relacionados a su felicidad o de relaciones con los demás (falta de amigos, o de acoso [bullying])?	No	Sí	
18. ¿Cuenta el niño con un programa de educación individualizada (IEP) u otro plan de aprendizaje?	No	Sí	No estoy seguro

Estrés social

19. ¿Está pasando usted por estrés en la familia?	No	Sí	
20. ¿Hay alguien en su vida que le lastima a usted o a sus hijos?	No	Sí	
21. Durante los últimos 12 meses, ¿se ha preocupado de que se vaya a agotar la comida antes de obtener dinero para comprar más?	Nunca	A veces	Muchas veces

Tuberculosis

22. ¿Está su niño en riesgo de infección con tuberculosis? (Incluye niños nacidos en África, Asia, América Latina o Europa del este; niños que se han quedado con la familia en uno de esos lugares durante más de una semana, o si estuvieron expuestos a alguien con tuberculosis activa).	No	Sí	No estoy seguro
--	----	----	-----------------

Adolescencia

23. ¿Está el niño o la niña dando muestra de pubertad (vello en las axilas o áreas púbicas, desarrollo de senos, agrandamiento de testículos)?	No	Sí	
<i>Si es apropiado...</i>			
24. ¿Ya tuvo su período?	No	Sí	
25. ¿Tiene usted o la niña alguna pregunta sobre menstruación?	No	Sí	

Verificación de seguridad

Marque todo lo que corresponda.

	Cierto	Tengo preguntas
26. Tenemos reglas acerca de la seguridad con el Internet y de abrir la puerta cuando tocan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. El niño usa un cinturón de seguridad (o si mide menos de 4 pies, 9 pulgadas un asiento para niños).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. El niño usa casco cuando anda en bicicleta, patines, esquiando o en patineta sobre la nieve.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Aplicamos protector solar si estamos expuestos al sol por más de 15-30 minutos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Verificación de seguridad*Marque todo lo que corresponda.***Cierto****Tengo
preguntas**

30. Nadie fuma o vapea cerca de mi niño.

31. Tenemos detectores de humo/monóxido de carbono que funcionan en casa.

32. Nuestra arma está bajo llave, con las municiones separadas (o no tenemos arma).